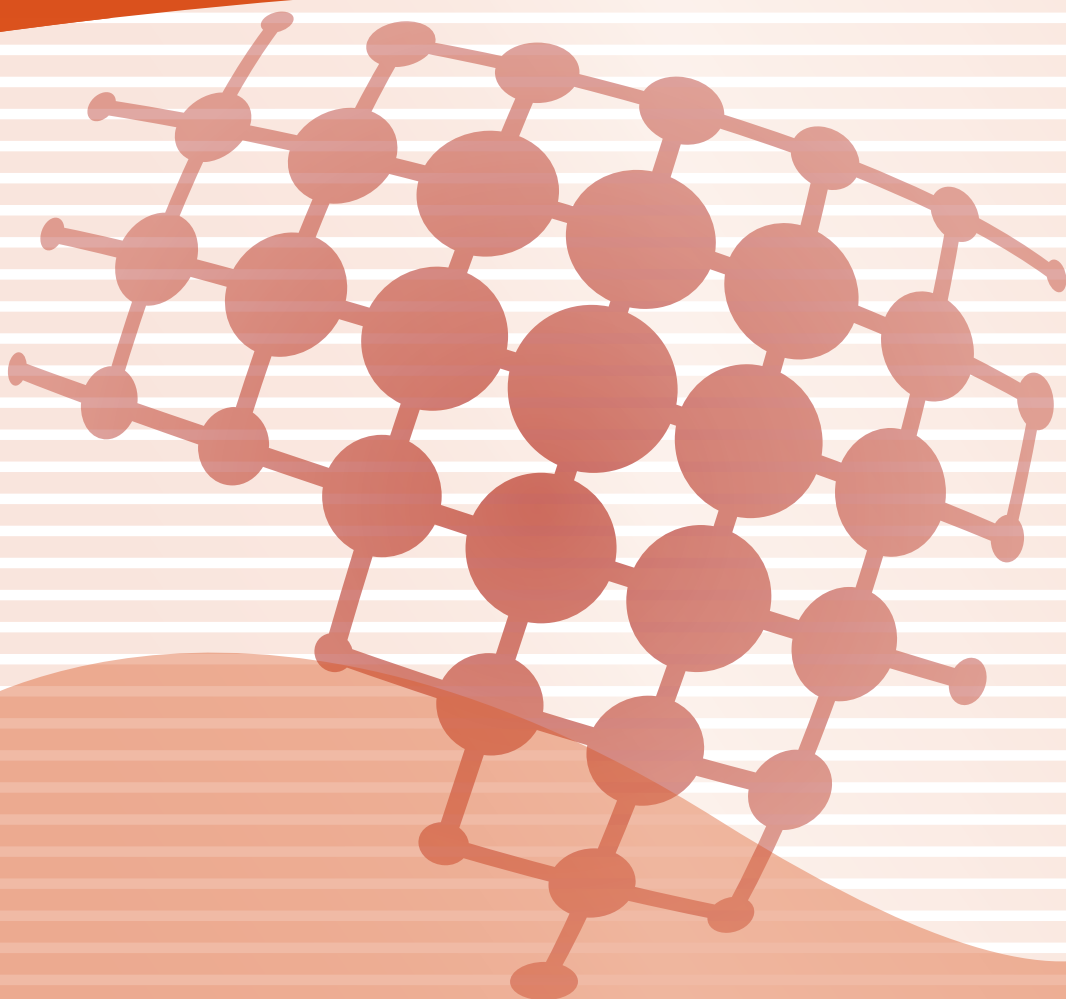


UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 1: Políticas de Saúde e
Acesso aos Medicamentos

Módulo 2: Políticas de Saúde e Acesso
aos Medicamentos



O PROCESSO SAÚDE- DOENÇA-CUIDADO

MÓDULO 2

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Felipe Proença de Oliveira

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Carlos Augusto Grabois Gadelha

Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE) José

Miguel do Nascimento Júnior

Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS Francisco Eduardo de Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Chefe do Departamento Miriam de Barcellos Falkenberg

Subchefe do Departamento Maique Weber Biavatti

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

COMISSÃO GESTORA

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

Coordenadora Pedagógica Marení Rocha Farias

Coordenadora de Tutoria Rosana Isabel dos Santos

Coordenadora de Regionalização Silvana Nair Leite

Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso Luciano Soares

Coordenação Técnica Alessandra Fontana, Bernd Heinrich Storb, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Samara Jamile Mendes

AUTORES

Luciano Soares

Rosana Isabel dos Santos

© 2013. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Equipe Necont

Revisão Textual Judith Terezinha Müller Lohn

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Gráfico Felipe Augusto Franke

Ilustrações Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustração Capa Ivan Jerônimo Iguti da Silva

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Agnes Sanfelici

Revisão Textual Judith Terezinha Muller Lohn

Design Gráfico Taís Massaro

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO	7
Lição 1 - Diferentes concepções sobre saúde	10
Lição 2 - Modelos de atenção à saúde	20
Lição 3 - Acesso a serviços de saúde e a medicamentos	28
REFERÊNCIAS	47

UNIDADE 1

MÓDULO 2

UNIDADE 1 – O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Ementa da Unidade

- Concepções de saúde-doença.
- Modelos de atenção à saúde.
- Acesso a serviços de saúde e a medicamentos.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem

- Identificar diferentes concepções de saúde e correlacioná-las com diferentes práticas em saúde.
- Identificar as principais características do modelo biomédico, suas limitações e algumas alternativas.
- Compreender o acesso a medicamentos no contexto socioeconômico e do sistema de saúde.

Apresentação

Conceitos, princípios e teorias são elementos importantes para compreender as circunstâncias, as origens e os significados de nossas atividades. Por que nossas respostas a determinados problemas de saúde são de um jeito e não de outro? Qual a razão para que determinadas práticas sejam priorizadas em detrimento de outras em cada modelo de atenção à saúde? Como nosso trabalho pode ampliar o acesso a medicamentos? As respostas a essas perguntas são complexas. Quando conhecemos os condicionantes históricos de uma realidade, o significado conceitual do nosso fazer profissional, as percepções envolvidas na interpretação de cada situação pelos diferentes atores do sistema de saúde, o nosso poder de explicar aumenta, podendo, com isso, tornar nossas ações mais conscientes e contribuir para aprimorar a qualidade da gestão.

Conteudistas responsáveis:

Luciano Soares
Rosana Isabel dos Santos

Conteudista de referência:

Luciano Soares

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

CONTEXTUALIZANDO



Reflexão

Você já reparou que não há uma única forma de se considerar o que é saúde?

Para uns, saúde é o antônimo de doença, para outros é sentir-se bem. Alguns podem achar que ela só depende do comportamento do próprio indivíduo, enquanto que outros podem achar que ela resulta da “vontade de Deus”.

Veja o que Moacyr Scliar diz sobre isso:

(...) saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p.30).



Link

Para conhecer mais a obra de Moacyr Scliar, médico e escritor gaúcho, especialista em saúde pública, acesse os *links*: <<http://www.scliar.org/moacyr/>> e <<http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=298>>

Mas, qual a importância de haver distintas concepções de saúde?

A postura de qualquer ser humano em relação à saúde é consequência de sua concepção sobre ela. Por exemplo: para aqueles que a consideram como a ausência de doenças, o foco será em atitudes curativas (buscar tratamentos que curem a doença) e/ou preventivas (tomar medidas para evitar a instalação ou o agravamento de uma doença); para aqueles que a consideram “a vontade de Deus”, maior importância será dada a rezas e ao comportamento recomendado pela sua religião.

Isso também vale para nós, profissionais de saúde, pois, mesmo de forma inconsciente, a concepção que temos sobre a saúde determina a nossa prática, sem nos darmos conta, e influi na organização dos serviços, bem como na definição das políticas para o setor.



Reflexão

Então, podemos nos perguntar: conhecendo as várias concepções sobre saúde, temos mais chances de reconhecê-las em nosso dia a dia, transformando-as, quando necessário, para a melhoria dos serviços?

Isso mesmo! Essa é a razão pela qual o conteúdo desta unidade está presente no Curso!

Enfatizamos que o conteúdo desta unidade, em especial a lição 1, refere-se a um conjunto de conceitos e concepções que não é, necessariamente, abordado da mesma maneira por outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, na antropologia cultural. Para que você conheça essa abordagem, o convidamos a ler a unidade 1 - *Contexto sociocultural do uso de medicamentos* do Módulo 5, a ser estudada no Eixo 2.

Lição 1 - Diferentes concepções sobre saúde

O termo “concepção” é utilizado aqui como a faculdade de se compreender algo ou de se produzir conceitos (KOOGAN; HOUAISS, 1995). Como qualquer esforço humano em tentar compreender o mundo que nos cerca, as concepções resultam do conhecimento disponível. Por sua vez, o conhecimento que prevalece em cada momento histórico depende, em grande medida, dos valores (morais, religiosos, políticos e culturais) prevalentes em uma determinada sociedade. Você pode estar se perguntando como os valores influenciam nos conhecimentos. Lembre quanto tempo se passou até que se aceitasse, apesar das evidências já conhecidas, que a Terra gira em torno do Sol e não ao contrário, pelo simples fato de que isso contrariava os dogmas religiosos cristãos.

Em relação à saúde, de forma bastante simplista, podem ser identificados dois grupos de concepções:

- as de cunho não racional, ou mágico-religiosas;
- e as racionais.

Os termos “racional” e “não racional” estão sendo, aqui, empregados como na literatura tradicional (ou conservadora) sobre o assunto, ou seja, referindo-se à racionalidade científica. Entretanto, cabe ressaltar,

além da significação científica, que o conceito de “racionalidade” pode dizer respeito a outro tipo de conhecimento não menos importante.

Concepções não racionais ou mágico-religiosas

Em diversas épocas, para muitas sociedades e civilizações, as explicações para a criação e o funcionamento do mundo residiram ou residem no sobrenatural, sendo que mitos, lendas e histórias, frequentemente associados a alguma cultura religiosa, foram ou são as referências hermenêuticas para a compreensão dos fenômenos naturais, dentre os quais, as doenças.

Com a divinização do desconhecido, utilizam-se cerimônias, rezas e rituais de magia ou religiosos, como instrumentos destinados a interferir ou mesmo dominar a natureza.

A magia costuma ter um caráter de prática individual, em que os poderes sobrenaturais seriam dominados por um xamã, médium, mago etc., para fins específicos. Nas religiões, um ou mais deuses seriam os responsáveis por todo o universo, sendo que alguns homens, devidamente preparados (sacerdotes, padres etc.), teriam a propriedade de intervir junto a ele(s), solicitando graças. Há também práticas em que se mesclam componentes da magia e de uma ou mais religiões.

Em comum, nessas concepções, além de explicações não racionais, predomina a ideia de que a doença é externa ao corpo do indivíduo. Segundo a concepção mágica, atos mágicos ou maldições podem desencadear doenças, introduzindo-as no organismo de um ser vivo. O tratamento, nessa lógica, também dependeria de ações ou rituais de magia.

Na concepção religiosa, o processo saúde-doença é compreendido como decorrência da vontade divina. A doença seria uma resposta à transgressão de algum dos preceitos religiosos ou de uma atitude condenável, apoderando-se do corpo de um indivíduo ou grupo populacional. Em consequência, acredita-se que os deuses, ou seus representantes na Terra, têm o poder de interferir no processo da enfermidade e na sua cura. Na tradição judaico-cristã, por exemplo, Deus é tido como o Senhor da vida e da morte, bem como da saúde e da doença. Como premiação pela obediência à lei divina, tem-se saúde e, como castigo por seu descumprimento, a doença.

As práticas que se sustentam no sobrenatural, mesmo que atualmente possam ser explicadas por outra racionalidade, são apresentadas pela doutrina em questão como parte dos preceitos míticos ou religiosos envolvidos. Práticas religiosas que envolvem o

asseio corporal, por exemplo, são justificadas pela necessidade de se apresentar “puro aos olhos dos deuses” e não por razões higiênicas (ROSEN, 1994, p.32).

De acordo com Hegenberg (1998) e Scliar (2007), as concepções mágico-religiosas são típicas de sociedades primitivas. Entretanto, permanecem em todas as sociedades atuais, em alguma medida.

A partir do século VI, foram 1 criados leprosários – casas para o isolamento dos doentes – em locais distantes das cidades.

No início do século XIII, já existiam cerca de dezenove mil em toda a Europa. O isolamento é uma prática ainda utilizada, embora sob outra racionalidade.

No mundo ocidental, as concepções mágico-religiosas predominaram até a Antiga Grécia, quando, mesmo em meio ao politeísmo, as explicações para os fenômenos físicos, químicos e biológicos passaram a ser buscadas na natureza, marcando o início do racionalismo.

Posteriormente, em toda Europa Medieval, o racionalismo grego perdeu forças frente às crenças religiosas – pagãs e, principalmente, cristãs. Novamente, o adoecimento passou a ser considerado uma punição de Deus pelo pecado, ou o resultado da possessão pelo diabo ou da feitiçaria. O alívio era buscado por meio de rituais, preces e/ou invocação de santos.

Havia a crença de que, no 2 quadragésimo dia, ocorria a separação entre as formas agudas e crônicas das doenças. Episódios bíblicos, descritos com a duração de quarenta dias, como o dilúvio, além de crenças provenientes da alquimia, as quais preconizavam que seriam necessários quarenta dias para ocorrer certas transmutações, também devem ter contribuído para a definição de quarenta dias (quarentena) como tempo de isolamento.

Alguns conceitos e práticas daquele período permanecem até hoje. São exemplos: os conceitos de contágio e isolamento. Presente no Velho Testamento, o contágio foi, primeiramente, relacionado à impureza espiritual que, além de contagiosa, era também associada a doenças (ROSEN, 1994). Na Europa Medieval, ser portador da lepra (atualmente designada como mal de Hansen ou Hanseníase) equivalia a uma sentença de ser “impuro” e uma condenação a um severo **isolamento**¹ para o resto de sua vida.

Também na Idade Média, a Europa foi assolada por outra praga, a Peste Negra, considerada como sinal da ira divina. Além das orações e das penitências como recurso para a salvação, foi estabelecida a obrigatoriedade da notificação dos casos às autoridades municipais, as quais providenciavam alimentos aos isolados. O isolamento passou a ser estendido a todos os que tivessem tido contato com o doente. Em casos suspeitos, as pessoas deviam ser observadas por um período específico, até que se certificasse a ausência da doença. Era o sistema de **quarentena**², também justificado, pelo menos em parte, por concepções religiosas.

As manifestações religiosas 3 e pagãs, inclusive simultaneamente, como no sincretismo religioso brasileiro, invocando a proteção à saúde, demonstram a permanência dessas concepções entre nós.

O abandono das explicações sobrenaturais caracteriza o pensamento racional do ocidente, hoje identificado, hegemonicamente, como pensamento científico. Entretanto, a busca pela saúde por meio de **benzeduras, santuários, rezas, invocação de santos e outros rituais**³ – religiosos ou não – ainda são relativamente comuns nos dias atuais, embora não costumem ser prevalentes onde se dispõe de meios para o cuidado em saúde, baseados em concepções racionais.

O Racionalismo grego

Como mencionado anteriormente, os gregos da antiguidade eram politeístas, sendo que algumas **divindades eram consagradas à saúde**⁴.

Contudo, entre os anos 600 e 500 a.C., iniciou-se, com os filósofos gregos pré-socráticos, outra forma de tentar compreender o mundo e, conseqüentemente, de interagir com ele, não mais por meio de rituais místicos. Foram as primeiras manifestações, no ocidente, da busca de explicações por meio da **razão**, considerada, desde então, como fonte do conhecimento.

A partir dos pré-socráticos, a natureza passou a ser compreendida a partir de quatro elementos, cada qual correspondendo a um estado da matéria: ar/estado gasoso, fogo/plasma, terra/sólido, água/líquido. As propriedades de cada elemento eram relacionadas ao frio, calor, seca e umidade (ar: úmido e quente; fogo: quente e seco; terra: seca e fria; água: fria e úmida). A diversidade da matéria encontrada na natureza resultaria das diferentes combinações dos quatro elementos.

Hipócrates⁵ (460-377 a.C.), posteriormente, desenvolveu a **concepção humoral**: no corpo, a saúde resultaria do equilíbrio de quatro fluidos (humores), cada qual correspondendo a um dos quatro elementos. As correspondências estabelecidas foram: sangue-ar, bile amarela-fogo, bile preta-terra e fleuma-água.

A saúde seria o resultado da mistura equilibrada dos humores, enquanto a doença resultaria da sua desorganização ou desequilíbrio. Nesse sentido, até hoje, é frequente a associação entre saúde/equilíbrio e doença/desequilíbrio.

A terapêutica hipocrática buscava restaurar o equilíbrio, eliminando ou se contrapondo ao humor em excesso, procurando respostas na esfera da natureza e não no sobrenatural. Em relação às doenças endêmicas, Hipócrates as associava ao clima, solo e modo de vida (no qual estavam incluídos os exercícios e o descanso).

4 Na mitologia grega, Esculápio, filho de Apolo e Ártemis, era médico e, por isso, adorado em templos próximos a fontes de água mineral, onde sacerdotes realizavam preces e recomendavam sacrifícios aos pacientes. Alcançada a melhora, eram ofertadas reproduções das partes do corpo atingido (HEGENBERG, 1998). A Sala das Promessas, no Santuário Nacional de Nossa Senhora de Aparecida, ilustra como essa prática permanece até os nossos dias (imagens podem ser vistas em <<http://www.a12.com/santuário-nacional/multimedia/detalhes/sala-das-promessas-1>>).

5 Considerado o “Pai da Medicina”. Os escritos a ele atribuídos formaram o corpo do ensino médico, posteriormente aperfeiçoado por Galeno (131-201), até o final do século XVIII, ou seja, por mais de vinte séculos.

Rosen (1994) chama a atenção para os termos endêmico e epidêmico, presentes em uma das obras atribuídas a Hipócrates, *Ares, Águas e Lugares*, que exemplificam a preocupação com a observação empírica e com a prevenção da doença. Veja que atual!

Dois mil anos depois de Hipócrates, Paracelso (1493-1541) elaborou sua “versão química” da teoria humoral, afirmando que os líquidos corporais eram compostos de minerais em equilíbrio. Paracelso acreditava no poder de cura dos venenos (e outras substâncias), desde que na dose correta. Dessa forma, foi pioneiro ao empregar substâncias químicas para fins medicinais.

Mecanicismo e Cartesianismo

Durante a Idade Média, com o predomínio do cristianismo (pensamento religioso), a racionalidade grega declinou no ocidente, prevalecendo o teocentrismo, cuja atenção e estudos estavam focados nos assuntos divinos.

Concepções racionais só voltaram a ganhar expressividade, na Europa, a partir do Renascimento, entre o final do século XIV e meados do século XVI. Desbancando o teocentrismo, ganhou força o humanismo, voltado às necessidades humanas e aos fenômenos naturais. Marcava-se, assim, o retorno ao pensamento racional, independente do pensamento religioso e místico da Idade Média. Iniciava-se a Revolução Científica, caracterizada pela profunda modificação na forma de investigar a natureza e interpretar os fenômenos observados.

Dentro dessa nova corrente de pensamento, destacam-se os trabalhos no campo da física, desenvolvidos por Copérnico, Galileu, Kepler e Newton, entre tantos outros, os quais foram subsidiando a doutrina filosófica enunciada por René Descartes (1596-1650) e conhecida como **mecanicismo**.

O mecanicismo afirma que os fenômenos do mundo material são regidos por causas físicas e não por entes espirituais. Suas duas principais doutrinas são: o mundo é uma máquina e todo o real é físico; a redução dos fenômenos à física e de suas interações à mecânica é necessária e suficiente para conhecer e explicar o mundo e suas partes.

Outra importante contribuição desse período foi o desenvolvimento de um método para a investigação do mundo real. Proposto por

Descartes, o **método cartesiano**, como ficou conhecido, estabeleceu os seguintes passos para a investigação científica: (1) verificação – buscar evidências sobre o fenômeno ou objeto de estudo; (2) análise – dividir o objeto investigado em suas menores partes (unidades) e submetê-las a estudo; (3) síntese – agrupar as unidades em um todo; (4) conclusão – enumerar os princípios, as observações e as conclusões com a finalidade de manter a ordem do pensamento.

O mecanicismo, como forma de interpretação, e o cartesianismo, como forma de investigação, tiveram enorme influência no campo da biologia. Observando o corpo humano analogamente a uma máquina, os estudos sobre anatomia ganharam maior relevância, e a concepção humoral foi sendo substituída pela concepção de que nos órgãos (as peças da máquina) é que deveria estar localizada a doença.

Teorias dos miasmas e do contágio

De acordo com Rosen (1994), mesmo com toda a inovação nos conhecimentos que marcaram o período renascentista, não houve benefício para as condições gerais da saúde. As pestes continuaram dizimando populações e impedindo o desenvolvimento de muitas regiões. O crescimento populacional e numérico das cidades tornava ainda mais agudo o problema.

Para tentar compreender e controlar as endemias e epidemias, coexistiam duas teorias. Uma, a **teoria dos miasmas**, considerava que vapores nocivos e de mau cheiro (os miasmas ou impurezas), provenientes de exalações de pessoas e animais doentes, emanações dos pântanos, de dejetos e substâncias em decomposição, se propagavam pelo ar, provocando doenças. Por causa disso, recomendavam-se alguns cuidados para impedir a disseminação dos maus odores como forma de prevenir ou evitar as epidemias. Nas cidades maiores, o lixo, os cemitérios e os abatedouros de animais foram deslocados para fora da área urbana, de modo a controlar as fontes dos “miasmas”. Posteriormente, gases clorados passaram a ser utilizados para impedir ou retardar a decomposição de matérias orgânicas.

A teoria dos miasmas, conforme Rosen (1994, p. 212), predominou até quase o final do século XIX. Mesmo com a utilização do microscópio para a observação de materiais biológicos, no **século XVI**⁶, os “pequenos animais” observados eram considerados produtos e não a causa de doenças.

Muitas das medidas práticas, recomendadas sob a lógica da teoria dos miasmas, ainda que esta fosse equivocada, contribuíram para

6 Esse é um exemplo de como ideias preestabelecidas (paradigmas ou estilos de pensamento) dificultam ou até impedem que se imagine a realidade sob outra ótica.

melhorar as condições sanitárias das cidades europeias, reduzindo a incidência de doenças transmissíveis.

Já vimos que houve, 7
anteriormente, uma
concepção religiosa do
contágio.

A outra teoria para as epidemias, formulada por Girolamo Fracastoro (1478-1553), e conhecida como a **nova teoria do contágio**⁷, afirmava que as doenças epidêmicas resultavam da transmissão de diminutos agentes infecciosos, as seminárias (sementes), pelo contato direto pessoa a pessoa, por meio de agentes indiretos ou pelo ar. As sementes, além de se reproduzirem, poderiam alterar os humores corporais, instalando, em consequência, a infecção.

Como medida preventiva para a proliferação das epidemias, a teoria do contágio defendia medidas de isolamento, como a quarentena. Entretanto, o isolamento contrariava interesses políticos e econômicos, já que poderia implicar perdas financeiras e redução nos negócios. Essa pode ter sido uma das razões para que a teoria dos miasmas prevalecesse por tanto tempo.

Concepções biológicas

No final do século XIX, os trabalhos de Pasteur (1822-1895) revolucionaram as concepções sobre saúde/doença, com a identificação das bactérias. Conforme sua “teoria germinal das enfermidades infecciosas”, cada enfermidade infecciosa seria causada por um micróbio. Com isso, inaugurou-se uma nova concepção da doença, a **unicausalidade**: a cada doença corresponde um agente causador que, uma vez identificado, poderá ser combatido. Dessa forma, toda a atenção se voltou para o desenvolvimento de recursos que possibilitassem a descoberta da causa, bem como de medicamentos para combatê-la.

Uma vez obtidos os antibióticos, já no século XX, observou-se que a presença de um agente etiológico (vírus, bactérias, protozoários) era condição necessária, mas não suficiente para desencadear uma doença e que os indivíduos reagem diferentemente a um mesmo agente agressor. Essas observações levaram à proposição da **multicausalidade** das doenças. Entretanto, mesmo ampliando a compreensão sobre a causalidade das doenças, essa linha de pensamento tende a reafirmar unicamente as questões biológicas, escondendo a causalidade social. Nela, a influência da sociedade e do ambiente de trabalho sobre a saúde é considerada secundária.

Determinação social da doença

A expansão da industrialização ocorrida na Inglaterra, a partir do século XVIII e, principalmente, no século XIX, provocou intenso crescimento populacional em algumas cidades. As acomodações

para os trabalhadores, construídas sem qualquer planejamento, vivavam “juntar o máximo de pessoas possível, o mais depressa possível, em qualquer lugar, de qualquer maneira” (ROSEN, 1999, p.157). Em tais condições, formavam-se regiões insalubres nos lugares em que florescia o sistema industrial. Surtos de “febres” (tifoide, tifo e outras) reapareceram, atingindo, com maior impacto, a população trabalhadora. A morbidade e a mortalidade, no ambiente das fábricas, eram muito altas e motivo de preocupação por representar perigo ao desenvolvimento industrial, que sofria com quebra de produtividade devido as perdas humanas.

Nessa matemática, as **informações estatísticas**⁸ ganharam importância na prevenção de doenças. Médicos designados para examinar as condições de saúde-doença em Londres, em 1838, concluíram que “o montante de despesas para tomar e manter medidas de prevenção seria menor que o custo das doenças” (ROSEN, 1999, p.163). Em seu relatório, ainda sob a ótica da teoria dos miasmas, ficava clara a **relação entre doença e ambiente sujo e insalubre**. Era preciso sanear os espaços públicos.

Em 1848, o médico e político alemão Rudolf Virchow (1821-1902) foi à região da Silésia, onde havia eclodido o que parecia ser um grande surto de “**febre tifoide**”⁹. Virchow relatou as péssimas condições de vida da população afetada (dieta precária, habitações inadequadas, profusão de piolhos e falta de higiene pessoal), apontando as **razões sociais** como causa do surto. Defendia que a saúde do povo é de interesse social e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros.

Tornava-se claro que o jeito como as pessoas vivem determina a causa e/ou a gravidade das doenças e sua morte. Era preciso mudar o jeito de viver. Entretanto, as descobertas científicas de Pasteur geraram uma tremenda euforia em relação às possibilidades de solução técnico-científica para todos os males da humanidade, desconsiderando as questões sociais envolvidas no processo saúde-doença.

De fato, o conhecimento dos agentes etiológicos, associado ao desenvolvimento de antibióticos e ao melhoramento das condições sanitárias, em meados do século XX, possibilitou o controle das doenças infecciosas. Entretanto, nos países centrais, onde a **transição epidemiológica**¹⁰ foi observada primeiramente, verificou-se que as principais causas de morbi-mortalidade deixaram de ser as infecções e passaram a ser decorrência da forma como os indivíduos daquelas sociedades estavam vivendo, fortalecendo a concepção de que a saúde é socialmente determinada. Ou seja, conjuntamente às predisposições ou determinações genéticas e fisiológicas dos indivíduos, a organização econômica, social e cultural do grupo em

8 Quase na mesma época, em 1854, John Snow (1811-1880) investigou, sistematicamente, a distribuição de mortes por cólera em uma região de Londres, concluindo pela relação entre as mortes e o grau de poluição da parte do rio Tâmesa, que abastecia cada área, embora não tivesse identificado o agente infeccioso. Por esse trabalho, é considerado um dos pais da epidemiologia que, por sua vez, é uma das bases da saúde coletiva.

9 Posteriormente, soube-se que era “febre exantemática” (na época indistinguível do tifo), provocada pela profusão de piolhos (SANTOS, 2008).

10 Trata-se da mudança nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma determinada população. Geralmente, a mudança ocorre em conjunto com outras transformações (demográficas, sociais e econômicas) relacionadas àquela população.

que se inserem apresenta relevância na determinação do estado de saúde-doença. Para Mendes (1999), a produção social da saúde pressupõe entender a saúde como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, o que significa inscrevê-la, enquanto saber, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersectorialidade.

“Saúde é o estado do 11
mais completo bem-estar
físico, mental e social e
não apenas a ausência de
enfermidade”.

O **conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS)**¹¹, de 1948, traduz essa percepção ao ampliá-lo para além da ausência da doença e relacioná-lo ao direito a uma vida plena.

Na sequência, vemos uma gravura representativa de uma linha do tempo, situando as concepções de saúde abordadas nesta lição. Observe as linhas coloridas para acompanhar os períodos em que cada concepção vigorou ou vigora.

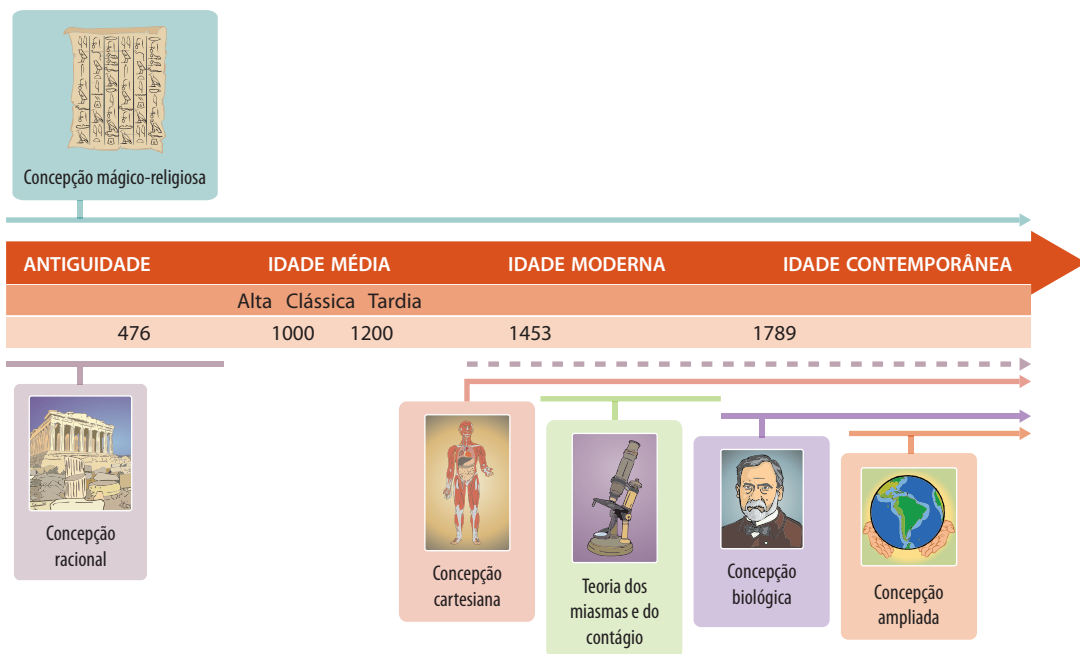


Figura 1 - Concepções de saúde no tempo.



Ambiente Virtual

Para complementar seus estudos, leia o artigo *História do conceito de saúde*, de Moacyr Scliar, publicado em 2007, na revista *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. O artigo está disponível na Biblioteca.

Falando em gestão

Em 2013, foi publicada a Resolução n. 578, do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta as atribuições técnico-gerenciais dos farmacêuticos no âmbito da assistência farmacêutica no SUS.

Conheça essa Resolução e procure ver as ações de gestão que são nossas atribuições. Veja que não são apenas operações técnicas relacionadas com os medicamentos; elas exigem competências e habilidades mais ampliadas do farmacêutico, exigem alguns requisitos para sua realização. Nas palavras de Matus, essa realização se dá por um triângulo composto por um projeto claro (o propósito, aonde se quer chegar); ter capacidade de governar (contar com diversos recursos que viabilizem as realizações); e obter a governabilidade do sistema (ter sustentação para o próprio processo de gestão e para as realizações).

Os requisitos necessários para a realização do triângulo (do processo gerencial em si) envolvem: flexibilidade, negociação, trabalho em equipe, participação real e efetiva de profissionais e de usuários no processo, escuta qualificada, estabelecimento de alianças. Essas são habilidades que os gestores precisam desenvolver no seu cotidiano, e se constituem formas de fazer o seu trabalho, atitudes adequadas para alcançar os objetivos do processo de gestão...

Fazendo uma aproximação desses requisitos com os caminhos de pensamento fundamentados nesta lição, podemos ponderar o quanto a corrente adotada pelo gestor (não apenas como discursos, mas no fundamento mesmo de sua forma de ver o mundo) vai definir o seu potencial para desenvolver seu papel de liderança na condução alicerçada, sustentável e designada ao bem comum.

Portanto, a formação do gestor que esperamos ter no SUS passa, obrigatoriamente, pela tomada de consciência sobre as diversidades e sobre a fragilidade de qualquer definição do que é “a” verdade, “o” certo ou errado.

Como fazer isso? Questionar a si mesmo, as suas verdades, as suas crenças. E praticar constantemente, diariamente, a escuta: ouvir as verdades dos outros, os anseios, as soluções; buscar compreender o seu papel e o do outro, e o de todos juntos. Enfim, praticar a gestão participativa, coletiva, plural.



Ambiente Virtual

A Resolução n. 578/13, do Conselho Federal de Farmácia, está disponível na Biblioteca. Acesse e confira.

Lição 2 - Modelos de atenção à saúde

Na lição anterior, vimos que há diferentes maneiras de conceber o que é saúde e o que é doença. Dependendo da concepção prevalente e dos recursos (tecnológicos, culturais, econômicos) disponíveis, cada sociedade ou grupo humano procura organizar as ações voltadas à proteção da saúde e ao tratamento da doença. O conjunto de saberes e técnicas que determinam as ações destinadas ao enfrentamento dos problemas relacionados à saúde, incluídas em serviços sistematicamente ofertados ou de caráter eventual, constitui o que se chama **atenção à saúde**, enquanto que **modelo de atenção à saúde** é a forma como está organizado esse conjunto.

Onde prevalecem concepções mágico-religiosas, a doença, considerada resultado do desequilíbrio entre o ser humano e o cosmos, é tratada por meio de rituais xamânicos, como a pajelança.

Em sociedades complexas, é comum que coexistam várias concepções de saúde, cada qual embasando distintas ações destinadas ao cuidado com a saúde. Dessa forma, um mesmo indivíduo pode recorrer a um médico, a um médium, a uma benzedeira, a um santo, a um pai-de-santo etc., em busca de amparo ou intervenção para restaurar sua saúde.

Entretanto, geralmente, há um tipo de abordagem, ancorada em uma determinada concepção de saúde, que é considerado “oficial”, ou seja, reconhecido, regulamentado e estimulado pelas instituições governamentais, tanto para o setor público, quanto para o privado. A abordagem oficialmente reconhecida determinará o modelo de atenção prevalente, o qual, por sua vez, definirá a formação profissional, os serviços de saúde, a política de saúde, e tudo o que a ela se relaciona.

A adoção de um modelo de atenção deriva da tradição (constância na utilização de determinadas práticas), da verificação de sua eficácia, da capacidade de financiamento e, muito importante, dos interesses envolvidos. Infelizmente, não podemos ignorar que o setor saúde movimenta somas vultosas de dinheiro e, em sua face econômica, pode não passar de comércio.

Nesta lição, abordaremos o modelo de atenção à saúde que se tornou prevalente, desde o século XIX. Conhecido como modelo biomédico, tem seu foco nos aspectos biológicos da doença.

As limitações e consequências desse modelo têm suscitado uma série de críticas e novas propostas de atenção à saúde, as quais partem de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e procuram

ir além dos aspectos biológicos, buscando compreender e atuar sobre as questões contextuais que determinam o estabelecimento de doenças.

Ao concluir esta etapa de estudos, você terá aprofundado conhecimentos para identificar as principais características do modelo biomédico, suas limitações e algumas alternativas a ele.

Modelo biomédico

Este modelo foi estruturado na tradição racionalista, mecanicista, cartesiana e biologicista: busca as causas naturais das doenças; observa o corpo humano analogamente a uma máquina; procura compreender o todo a partir de suas partes (as “peças” da máquina); e têm, na biologia, as explicações para as doenças.

Os estudos e as descobertas sobre anatomia patológica (Morgagni, 1682-1771 e Virchow, 1821-1902); fisiologia (Claude Bernard, 1813-1878); microbiologia (Koch, 1843-1910, e Pasteur, 1822-1895), desenvolvidos no século XIX, foram cruciais para o fortalecimento deste modelo, que associa doença à lesão, compreendida a partir dos seus aspectos biológicos, e focaliza a intervenção no corpo doente.

O desenvolvimento industrial ocorrido naquele século fazia crer que o homem, por meio do conhecimento científico e do aprimoramento tecnológico, poderia atingir o domínio total da natureza. Na mesma linha de raciocínio, acreditava-se que o aprofundamento nos aspectos biológicos das doenças permitiria erradicá-las e, uma vez ausentes, ter-se-ia a saúde. Ainda sob essa lógica, quanto mais especializado o conhecimento, mais “perfeita” seria a saúde.

Observe que esse pensamento é coerente com a concepção de “saúde como a ausência de doenças”.

Vimos, na lição anterior, que as concepções que servem de base para este modelo (concepções racionalista, mecanicista, cartesiana e biológica) foram e continuam sendo muito importantes para o conhecimento das doenças. Mas, como modelo de atenção à saúde, a biomedicina é uma boa proposta? Vamos pensar um pouco nas **consequências**¹² que este modelo traz.

12 Adaptado de Da Ros (2006).

Quando o corpo doente é visto analogamente a uma máquina com problemas, o olhar tende a se fixar nas “peças com defeito”. Entretanto, o indivíduo cujo corpo está doente é muito mais complexo do que a soma de suas partes. Esta operação matemática – a soma das partes – não é capaz de incluir toda a gama de sentimentos, sensações, emoções, vontades e medos que fazem parte do

indivíduo. Além disso, o conhecimento de biologia humana (anatomia, fisiologia, bioquímica etc.), mesmo sendo fundamental para conhecer o processo da doença, é insuficiente para compreender por que determinadas doenças prevalecem em estratos específicos de uma população. Dessa forma, focando o olhar na doença, inexistente intervenção sobre o contexto social que possibilitou o estabelecimento do problema naquele e em outros indivíduos na mesma situação. Assim, espera-se a doença se instalar ou se agravar para, então, tratá-la indefinidamente (prática conhecida como curativismo), já que a causa primeira do adoecimento permanece ignorada e, por isso, inalterada. Ao desconsiderar os aspectos contextuais que levaram o indivíduo a adoecer, a “culpa” pelo adoecimento recai sobre o próprio indivíduo. A abordagem utilizada neste modelo de atenção, olhando somente para a doença, não vê que o indivíduo portador daquela doença sofre e que o seu sofrimento requer um olhar holístico, capaz de atuar, integralmente, sobre a situação que se apresenta.

Outra questão que merece reflexão é a supervalorização do conhecimento especializado. Por um lado, essa valoração faz com que um único profissional (o médico) detenha o máximo do poder, enquanto os demais profissionais da saúde somente “orbitam” ao seu redor, empobrecendo a abordagem do problema. Há um reforço da divisão técnica e social do trabalho, fragmentando o processo do cuidado em saúde. Por outro lado, quanto mais especializado o conhecimento, maior será a exigência por um aparato tecnológico de elevado custo financeiro, tornando o cuidado com a saúde (na verdade, com a doença) muito caro. Na impossibilidade de se dispor de um elevado número de especialistas e de recursos tecnológicos, eles passam a ser concentrados em poucos locais (geralmente hospitais), gerando grandes filas de espera e dificuldades de acesso para a população. Ao mesmo tempo, o custo financeiro para a manutenção deste modelo significa rendimento para o chamado complexo médico-industrial (hospitais, exames, medicamentos, medicina altamente especializada). É quase desnecessário dizer que os interesses econômicos no campo da saúde pesam, extraordinariamente, na definição das políticas de saúde, já que o setor médico-industrial é capaz de bancar campanhas de candidatos a cargos de representação política, seduzir políticos, condicionar a conduta médica e mobilizar a opinião pública através da propaganda, matérias pagas em revistas e jornais, divulgação de resultados de pesquisas tendenciosas etc. Ao servir aos interesses da expansão capitalista, o pensamento biomédico se tornou **hegemônico**¹³.

A seguir, apresentamos, resumidamente e adaptado de Da Ros (2006) e Mendes (1999), as características negativas do modelo biomédico:

- conhecimento fragmentado, consequente da visão mecanicista;

Relativo ao conceito de 13
hegemonia, ou hegemonia cultural, desenvolvido por Gramsci (1891 – 1937), o qual se refere a um tipo particular de dominação exercida por uma pessoa, grupo ou nação, pela imposição de seus próprios valores para a manutenção majoritária do modelo ou sistema que lhe convém. Os meios empregados não necessitam de violência explícita por atuarem na esfera da ideologia. Entre os meios empregados estão a educação, a formação de opinião (imprensa, produtos pretensamente culturais e/ou de entretenimento, como filmes, programas televisivos, reportagens etc.) e a religião.

- ênfase na doença do indivíduo, excluindo as dimensões psicológica e social de suas vidas, negando os grupos e a sociedade;
- ênfase aos aspectos curativos, privilegiando os processos de diagnóstico e terapêutica, em detrimento dos aspectos preventivos e da promoção da saúde;
- uso exacerbado da tecnologia (tecnificação) como nova forma de mediação entre as pessoas, os profissionais de saúde e a doença, valorizando o hospital como local prioritário para a atenção à saúde e respondendo aos interesses comerciais do complexo médico-industrial, com elevação dos custos para o setor saúde;
- desconsideração pelos aspectos qualitativos relativos ao processo saúde-doença e outras racionalidades, que não a científica;
- concentração de poder no médico, privilegiando só um olhar sobre as questões que se apresentam.



Reflexão

Pense nas seguintes questões:

Por que nossa formação e nossa prática estão focadas na doença, se somos profissionais “de saúde”?

Por que o hospital ainda é o local de grande procura, mesmo para tratar de situações mais simples, sendo também, frequentemente, matéria dos meios de comunicação?

Por que, ao sentir qualquer sinal de “anormalidade” no corpo, as pessoas pensam em procurar ou indicar a visita a um médico, de preferência especialista?

Por que o tempo de contato com o médico diminuiu, enquanto o número de exames, procedimentos e medicamentos aumentaram?

Para todas elas, a resposta é basicamente a mesma: porque ainda prevalece, em nosso meio, o modelo biomédico, também designado de **biomedicina**, **medicina contemporânea**¹⁴, **modelo clínico**¹⁵ ou **modelo flexneriano**¹⁶.

14 Expressões empregadas na análise de Luz e Camargo Junior sobre as racionalidades médicas (LUZ, 2000; CAMARGO JUNIOR, 2003).

15 Expressão empregada nos estudos de Mendes-Gonçalves sobre as características tecnológicas do processo de trabalho e das práticas de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

16 Expressão que associa o modelo biomédico aos postulados contidos no Relatório Flexner, de 1910.



Reflexão

Suponha que uma criança já tenha apresentado verminose várias vezes. O exemplo prático do pensamento biomédico é considerar que o trabalho de saúde se encerra no diagnóstico, na prescrição e no fornecimento do vermífugo adequado. Sem desconsiderar a importância do medicamento como uma ação pontual, você acha que assim estaria resolvido o problema da criança?

Mais do que respostas imediatas, gostaríamos que você buscasse realizar, constantemente, esse tipo de reflexão em sua prática cotidiana.

Buscamos produzir reflexões que nos indiquem as fragilidades, limitações e contradições do modelo biomédico para dar respostas aos problemas de saúde da população.

Alternativas ao modelo biomédico

Já vimos, na lição anterior, que, no mesmo século em que florescia o entusiasmo pelo enfoque biologicista a respeito do processo saúde-doença, principalmente com as descobertas de Louis Pasteur e a teoria bacteriológica, também coexistia a compreensão de que a saúde tem estreita relação com o modo de viver e o contexto social em que se encontram os indivíduos.

O Movimento de Medicina Social, originado no século XIX e tendo como um dos seus principais representantes o médico alemão, Rudolf Virchow, denunciava “a realidade social opressora do capitalismo (a fome, a miséria, a exploração e a dominação) como ‘origem’, ‘causa’, ou ‘determinação’ da doença” (LUZ, 2004, p.132). Era o período em que a expansão da Era Industrial dava-se à custa da vida de inúmeros trabalhadores.

A primeira proposta concreta e alternativa ao modelo biomédico surgiu logo após a I Guerra Mundial. Dentro do esforço para a reconstrução do Reino Unido, o primeiro informe do recém-criado Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, datado de 1920, reconhecia que a organização da medicina se mostrava inadequada. O Informe Dawson, como ficou conhecido o documento, considerava que o

crescimento da complexidade e do custo dos tratamentos resultava em que menos pessoas tivessem condições de pagar pelos serviços, com o que, os avanços do conhecimento médico se tornavam inalcançáveis para a população. As mudanças recomendadas previam a organização dos serviços em **níveis de atenção**, identificados pelo tipo de estabelecimento/serviço oferecido, estrategicamente situado, de forma a propiciarem cobertura total aos indivíduos de uma determinada região. Os centros de saúde primários, em maior número e contando com clínicos gerais, deveriam desenvolver tanto a medicina curativa, no atendimento de indivíduos, inclusive domiciliar, quanto a preventiva, com foco nas comunidades. Para um determinado número de centros de saúde primários, haveria um centro de saúde secundário, dispondo de especialistas, e reservado aos casos de certa complexidade. Relacionados a esses dois níveis de atenção, deveriam ser disponibilizados serviços complementares, destinados aos pacientes com tuberculose, epilepsia, doenças mentais, doenças infecciosas ou com necessidade de tratamento ortopédico. Por fim, para os casos de difícil tratamento, estariam os hospitais-escola, em número menor e com maior capacidade tecnológica. Apesar da abrangência dessa proposta, a sua concepção só ganhou materialidade com o estabelecimento do Estado de Bem-estar social na Grã-Bretanha, após a Segunda Guerra Mundial. Em 1948, reconhecendo que a atenção à saúde deveria estar à disposição da população, em função de suas necessidades e não da capacidade individual de pagamento, foi criado o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS, em inglês *National Health Service*).

No mesmo ano da criação do NHS, 1948, a OMS reconhecia a relação entre condições sociais e saúde; reconhecimento que foi expresso no conceito de saúde por ela elaborado.

Ainda assim, a concepção biologicista prevaleceu absoluta até então, mesmo com as críticas que surgiam. Somente quando as doenças infectocontagiosas passaram a ser controladas, deixando de ser a principal preocupação em relação à saúde das populações, e as doenças crônico-degenerativas ganharam importância epidemiológica, a relação entre a forma de viver e o adoecimento foi se tornando cada vez mais evidente. O modelo explicativo, limitado aos aspectos biológicos, já não era suficiente, assim como, também, se mostraram inadequados os serviços de saúde, centralizados no hospital.

Internacionalmente, a crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social desembocou na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A alternativa que se apresentava ao modelo biomédico, com maior possibilidade

17 Termo empregado originalmente para se referir ao início da era industrial, quando as condições de vida e de trabalho dos assalariados eram péssimas. Hoje se refere ao domínio econômico e político determinado pelas empresas multi ou transnacionais.

18 Com esse sentido, a APS é denominada de abrangente ou ampliada. Há outras interpretações para APS. Uma delas, chamada de APS Seletiva, reduz-se à oferta de programas pontuais ínfimos e de escopo limitado, destinados somente aos estratos populacionais, financeiramente, muito desfavorecidos. Essa concepção é produto do pensamento político conhecido como neoliberalismo, o qual defende a manutenção de um Estado mínimo, ou seja, um Estado com pouquíssima ação social, mas com estímulo ao setor empresarial e baixa intervenção no mercado. Internacionalmente, esse pensamento ganhou força a partir da década de 1980, em especial com os governos de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América, e Margaret Thatcher, no Reino Unido. Há ainda autores para quem a APS é apenas um dos níveis de atenção à saúde, podendo se limitar à oferta de cuidados ambulatoriais ou funcionar como porta de entrada no sistema de saúde, caracterizando-se pela abordagem dos problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação, pela atenção centrada na pessoa no decorrer do tempo, e não na doença, além do trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

de ser adotada por grande parte dos países, buscava deslocar a centralidade do hospital, na atenção à saúde, para um nível de menor complexidade tecnológica, que fosse capaz de atuar antes da instalação ou do agravamento das doenças e que se caracterizasse pela proximidade com os indivíduos e as comunidades. No seu relatório final, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como:

[...] Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Era a alternativa idealizada como resposta ao desafio de garantir “saúde para todos até o ano 2000”.

Ainda nas décadas de 1960 e 1970, o terrível aprofundamento das desigualdades sociais nos países latino-americanos, expressas pela pobreza e miséria, levou à ampliação da consciência política de grandes setores de suas populações. Vale lembrar que esses países se encontravam submetidos a regimes militares opressivos e em mercados totalmente abertos ao **capitalismo selvagem**¹⁷.

O reconhecimento de que o contexto político era responsável pelas péssimas condições de saúde da população fortalecia a concepção embasada na determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, a luta pela saúde se somava à luta pela democracia e por um sistema político-econômico comprometido com as questões sociais. Sedimentava-se, assim, à luz da compreensão do processo saúde-doença como resultado da determinação social, a concepção da **APS como modelo assistencial**¹⁸, voltado a um sistema de saúde integral.

Essa concepção de APS, no Brasil, foi aprofundada pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), formado pela união de pensadores do meio universitário com a oposição política ao regime militar, a partir da década de 1960. O MRS desenvolveu o conceito de Saúde Coletiva e, no campo prático, representou um movimento político importante para o retorno da democracia, responsável, entre outras conquistas, pelo direito à saúde e consequente implantação do Sistema Único de Saúde.

A partir das críticas ao modelo biomédico e tendo como referência a APS, há várias propostas para a mudança do modelo de atenção à saúde. Algumas delas (ações programáticas; modelo em defesa da vida; promoção da saúde; cidades saudáveis; vigilância da saúde e saúde da família) são analisadas por Teixeira e Solla (2006).



Link

Você pode conhecer melhor as propostas analisadas por Carmen Fontes Teixeira e Jorge Pereira Solla acessando o *link*: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>.

Há mais material disponível na Biblioteca do Curso.



Ambiente Virtual

Acesse, na Biblioteca, os seguintes documentos:

- *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil*, de Eleonor Minho Conill.
- *A saúde-doença como processo social*, de Asa Cristina Laurell.

A utilização de medicamentos também é influenciada pelas diferentes compreensões do processo saúde-doença. Acompanhe a conversa mantida com a professora Clair Castilhos e use o conteúdo para organizar suas ideias sobre o tema e traduzir o significado para a realidade onde você atua.

A professora Clair Castilhos é farmacêutica bioquímica, mestre em Saúde Pública, professora da Universidade Federal de Santa Catarina e ex-conselheira do Conselho Nacional de Saúde. Essa figura ilustre também é membro do Conselho Diretor da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e membro do Comitê Acadêmico da Universidad Itinerante, da Rede de Saúde da Mulher Latino Americana e do Caribe. Participou do movimento sanitarista, foi dirigente do SindFar/SC e vereadora em Florianópolis, de 1983 a 1992.



Acompanhe a conversa com a professora Clair, no vídeo denominado *Entrevista Clair Castilhos*, disponibilizado na Biblioteca.

A postura que adotamos em relação ao conhecimento interfere em nossa prática de várias maneiras. Por exemplo: com frequência encontramos profissionais de saúde que negam, reinterpretem ou simplesmente ignoram as manifestações do usuário, que não sejam explicáveis pela ciência (tanto em relação à cura quanto à piora). Quantas vezes nós mesmos agimos assim? Esse é um típico comportamento positivista, que não reconhece outros saberes que não o demonstrado pela ciência. E, o que dizer da busca desenfreada de solução para os mais diversos problemas via medicamentos? Isso também resulta da crença positivista sobre o domínio técnico do homem em relação à natureza.

Ao longo das lições 1 e 2, foi comentado que há várias maneiras de se conceber a saúde e que diferentes concepções resultam em práticas distintas. Hoje, há uma determinada concepção que prevalece e determina a nossa prática, mas outras também podem estar presentes entre os profissionais da saúde, gestores públicos e mesmo entre a população. Precisamos entendê-las, reconhecer o que faz com que prevaleçam e compreender a consequência de cada uma delas, se quisermos melhorar as nossas práticas. Caso contrário, nossa intervenção sobre a realidade será feita “às cegas”.

Lição 3 - Acesso a serviços de saúde e a medicamentos

Ao final desta lição, você deve reconhecer a natureza complexa e contextual do acesso a serviços de saúde e a medicamentos.

Os medicamentos são considerados um insumo essencial para a saúde e integram as estratégias de tratamento das doenças. No Brasil e no mundo, os medicamentos são produtos hipervalorizados do ponto de vista sanitário e econômico. Essa apreciação pelos medicamentos explica, em parte, a grande demanda sobre os serviços de farmácias.



Figura 2 – Serviço de farmácia.

Fonte: Arquivo da equipe de conteudistas deste Curso.



Reflexão

E os farmacêuticos?

Em determinados momentos, os farmacêuticos veem seu trabalho dominado pela distribuição frenética de medicamentos, filas à espera de atendimento, reclamações generalizadas quando a farmácia está fechada ou quando faltam medicamentos.

Analise as cenas a seguir. Elas ilustram situações do cotidiano com as quais, talvez, você já teve que lidar.



Parece que o volume de medicamentos dispensado nunca será suficiente frente à demanda das prescrições e às pressões por mais medicamentos. Em muitos lugares, ainda é crítica a indisponibilidade de medicamentos para as doenças prevalentes. Essa condição causa frustração aos usuários e aos profissionais de saúde, e é, ainda, um grande desafio para o SUS.

Garantir que medicamentos estejam disponíveis é um esforço que mobiliza muitos recursos e profissionais. Os conteúdos do Eixo 2 - *Serviços farmacêuticos* abordarão as etapas necessárias para disponibilizar o medicamento. Contudo, apesar da complexidade dos processos envolvidos na disponibilização dos medicamentos, essa é apenas uma das faces, talvez a de maior visibilidade, do acesso a medicamentos.



Reflexão

Temos nos questionado por que os medicamentos devem estar disponíveis? Eles cumprem sua finalidade? E o que mais está envolvido no acesso?

É importante entender as causas e as concepções relacionadas ao acesso a medicamentos. Esse conhecimento nos ajuda a compreender o estado das coisas e os comportamentos observados; facilita nossa avaliação do que está acontecendo; e nos orienta sobre o que fazer para modificar a situação.

Concepções de acesso a serviços de saúde e a medicamentos



Reflexão

Acesso a quê? Vamos refletir sobre a razão de ser dos serviços de saúde, organizados em seu território de trabalho. Você já se perguntou por que eles existem e por que estão organizados da forma que você conhece?

Os serviços de saúde podem ser caracterizados como serviços ofertados a fim de promover, manter ou restaurar a saúde (STARFIELD, 2002). Embora o impacto de políticas sociais e econômicas sobre os problemas de saúde seja superior ao da existência e uso dos serviços de saúde em si, todos nós (famílias, vizinhos, amigos) valorizamos esses serviços quando estamos doentes. Queremos obtê-los na esperança de solucionar o problema de saúde.

Ao falarmos de acesso, estamos falando de acesso a cuidados de saúde, por meio de ações e serviços que tenham por objetivo ampliar as condições saudáveis de vida e sua qualidade.

Buscamos acesso a tratamentos, a serviços especializados, a hospitais, a medicamentos e a tudo mais que possa beneficiar a pessoa doente. Nessa busca, as pessoas constroem trajetórias ao longo do tempo e do sistema de saúde. O conjunto dessas trajetórias e os valores envolvidos na sua produção, podemos chamar de itinerário terapêutico.



Ambiente Virtual

Preparamos um vídeo para você compreender melhor a questão dos itinerários terapêuticos. Ao assistir a ele, registre suas impressões e reflita sobre seu conteúdo. O vídeo está disponível na Biblioteca.

Diferentes formas de conceber acesso e acessibilidade

Não existe um conceito único sobre acesso e acessibilidade. As ideias desenvolvidas mudam conforme os autores, as épocas e o contexto em que foram criadas. Vamos ver o que alguns autores já produziram para nos ajudar a delimitar melhor esses conceitos.

O médico e professor Avedis **Donabedian** nasceu em Beirut (Líbano), em 1919, e ganhou reconhecimento por sua atuação e por seus estudos em saúde pública.

Donabedian¹⁹ definiu acessibilidade como a capacidade de ofertar serviços relevantes para as necessidades de dada população, e de facilitar o uso dos serviços pelos usuários. A adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos usuários é extremamente importante (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A Figura 3, a seguir, representa as ideias de Donabedian. A oferta dos serviços de que as pessoas necessitam caracterizam essa definição de acesso.

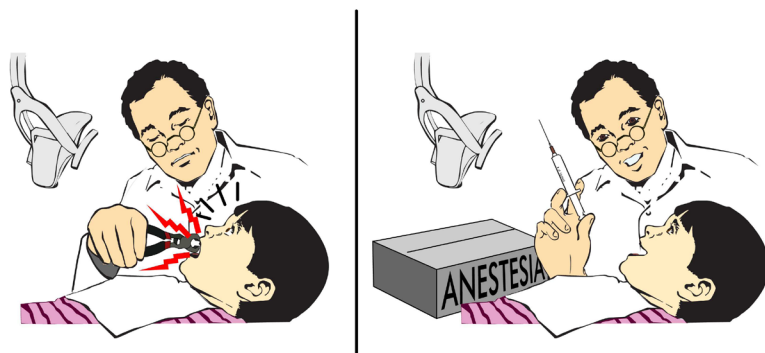


Figura 3 - Características da acessibilidade.

Julio Frenk, médico **Frenk**²⁰ mexicano, nascido em 1953, foi Ministro da Saúde do México e é professor na Escola de Saúde Pública de Havard.

A partir das ideias de Donabedian, **Frenk**²⁰ sistematizou o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção de cuidados necessários (acessibilidade) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

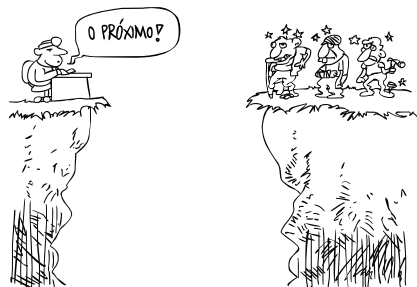
A ilustração, a seguir, nos ajuda a entender a concepção de Frenk sobre acessibilidade, como a relação existente entre a necessidade e a obtenção de cuidados necessários. Observe:



Figura 4 - Fluxo de eventos na acessibilidade.

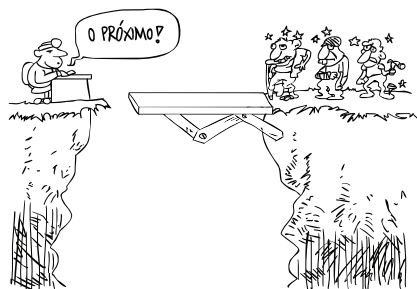
Outra ilustração nos ajuda a entender a concepção de Frenk sobre acessibilidade. Observe:

Os obstáculos para procurar e obter cuidados...



...chamado de resistência...

...e as respectivas capacidades que a população teria em superar esses obstáculos...



...chamado de poder de utilização.

Figura 5 - Capacidade de utilização dos recursos.

Fonte: Adaptado de: <http://2.bp.blogspot.com/_eK9GDgwE20w/TGsfT4C5wdI/AAAAAAAAAPE/A5YigUFPILY/S350/charge-saude-oproximo+2.JPG>

A **disponibilidade** de medicamentos é fundamental para garantir **acesso**, mas, por vezes, não é a disponibilidade que o compromete. Ou seja, as características da **oferta** ou da **utilização** pela população não seriam determinantes da acessibilidade, mas, sim, a relação entre ambas.

O *Institute of Medicine* (IOM), organização não governamental estadunidense, definiu, na década de 1990, acesso a cuidados de saúde como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obter o melhor resultado possível. Por essa concepção, existe acesso quando os recursos disponíveis são efetivamente usados no tempo adequado, e se produzem melhoras no estado de saúde.

Devemos lembrar que a **condição de saúde** é um estado complexo e que as mudanças, nesse estado, não são, exclusivamente, resultantes da **ação** de um recurso terapêutico ou do **uso** de um serviço.

Barbara Starfield, médica americana, renomada pesquisadora de serviços de saúde, distingue acesso de acessibilidade. O acesso refere-se à percepção da acessibilidade pelas pessoas e a acessibilidade às características da oferta (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Muitos autores apontam que a forma pela qual as pessoas percebem a oferta de serviços afeta a decisão de procurar por esses serviços (lembre-se do vídeo sobre itinerários terapêuticos). Acesso pode ser definido, ainda, como o nível de “ajuste” entre o usuário (suas características, incluindo necessidades e comportamentos em saúde) e o sistema de saúde (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Ronald Andersen, médico estadunidense, propôs, inicialmente, nos anos 1960, um modelo explicativo do uso de serviços de saúde, no qual retratam-se múltiplas influências sobre o uso de serviços e o estado de saúde. O acesso a medicamentos apresenta intrincada relação com a utilização dos serviços de saúde. A seguir, vamos explorar o modelo de Andersen, para explicar o acesso a medicamentos no contexto do SUS. Esse é um modelo muito usado no entendimento do acesso a serviços de saúde, mas ainda pouco explorado para explicar o uso de medicamentos.

O modelo de Andersen sobre a utilização de serviços de saúde e o acesso a medicamentos

Este item foi elaborado com a intenção de permitir que você conheça o modelo de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen para explicar acesso, bem como para que se discuta o modelo em relação ao acesso a medicamentos. Uma adaptação desse modelo para explicar o uso de medicamentos foi proposta por Soares (2013). Analise a representação gráfica desenvolvida por Andersen.

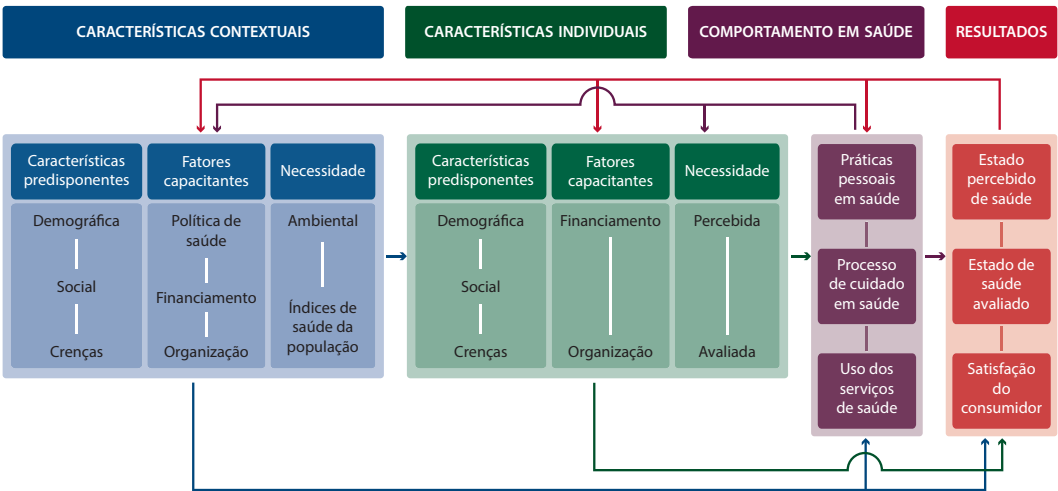


Figura 6 - Modelo de utilização de serviços de saúde.
Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

Este modelo é descrito em três dimensões: características contextuais, características individuais e comportamento em saúde, levando aos resultados em saúde. Para cada dimensão, vamos discutir a relação com o uso dos serviços de saúde e propor sua relação com o acesso a medicamentos.

Características contextuais

As características contextuais referem-se ao perfil da comunidade e podem ser decompostas em características predisponentes, fatores capacitantes, e necessidades que afetam o comportamento em saúde e o estado geral, e são afetados por esses domínios.

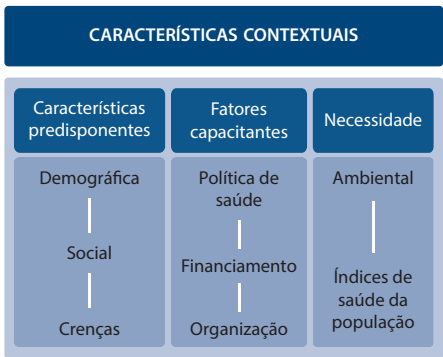


Figura 7 - Modelo de utilização de serviços de saúde – características contextuais.
Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

As características predisponentes podem ser demográficas, que incluem a composição de idade, gênero e estado civil de uma comunidade. Outra característica predisponente é a estrutura social, a qual corresponde ao *status* de uma pessoa na comunidade, sua habilidade para lidar com problemas de saúde e gerenciar os recursos para isso, e as condições sanitárias do ambiente físico. As crenças referem-se a valores comunitários ou organizacionais (das instituições), às normas culturais e às perspectivas políticas prevaletentes que influenciam as formas de organizar, financiar e garantir acesso à população.

Como esses fatores podem modular o acesso a medicamentos?

Veja, na Tabela 1, a relação entre o número de medicamentos prescritos e algumas características demográficas. Há uma tendência de aumento no percentual de medicamentos prescritos com o aumento da idade. Sabemos que não é apenas a idade que influencia o uso de medicamentos. Pelo modelo, podemos entender que a idade combinada a outros fatores modula esse uso.

Tabela 1 - Medicamentos (%) prescritos na consulta.

		HOMENS (N=260)	MULHERES (N=506)	TOTAL (N=766)
IDADE (ANOS)	16 a 39	55,8	63,1	61,1
	40 a 59	73,3	82,7	79,5
	60 a 88	75,6	86,5	81,9
	p	0,0013	<0,001	<0,001
ÁREA DE MORADIA	Própria UBS	67,9	76,7	73,7
	Outra UBS	74,4	68,3	70,7
	Outra área	66,7	100,0	88,9
	p	0,722	0,143	0,471
PRIMEIRA CONSULTA	Sim	62,2	57,9	59,6
	Não	70,0	78,2	75,4
	p	0,343	0,001	0,001
RAZÃO DA CONSULTA	Prevenção	34,8	44,9	41,1
	Manutenção	73,2	80,0	77,5
	Doença	79,4	82,8	81,8
	p	<0,001	<0,001	<0,001
RELATO DE DOENÇA CRÔNICA	Sim	83,6	90,6	88,2
	Não	55,8	63,2	60,7
	p	<0,001	<0,001	<0,001
AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	Excelente	20,0	38,9	32,1
	Bom	70,2	77,0	74,7
	Regular	69,4	80,0	76,7
	Ruim	100,0	57,1	70,0
	p	0,006	0,001	<0,001

Fonte: Fleith *et al.* (2008).

Entre os fatores capacitantes contextuais, o modelo salienta a influência das políticas de saúde, do financiamento das ações e dos serviços e sua organização.

As políticas de saúde se localizam na interface entre governo, sociedade e mercado, tornam públicas as intenções de atuação do governo e orientam seu planejamento (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; FLEURY; OUVENEY, 2008). As características de financiamento descrevem os recursos potencialmente disponíveis para pagar por serviços de saúde e referem-se às fontes para fomentar esses gastos (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007; UGA; PORTO, 2008). A organização envolve a quantidade e a distribuição de serviços de saúde e profissionais, e, ainda, remete a como essa oferta está estruturada. É evidente a relação desse componente com o financiamento. Acompanhe a ilustração a seguir.



Figura 8 - Características contextuais da organização dos serviços de saúde.

Aspectos da organização do sistema, a necessidade (relação com o ambiente físico) e o financiamento (componente econômico) modulam o comportamento e o estado de saúde.

Serviços e profissionais devem estar **disponíveis** onde as pessoas vivem e trabalham para que seja possível o **uso** dos serviços (ANDERSEN, 1995).

Quais políticas de saúde podem ser identificadas como fatores capacitantes para o acesso a medicamentos? Como o financiamento e a organização dos serviços têm influenciado o acesso a medicamentos? Este é apenas um exemplo:

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define, em seu artigo 2º, inciso 3º, como estratégico a “qualificação dos serviços de

assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2004).

Essa definição política orientou as diretrizes da assistência farmacêutica no Pacto de Gestão de 2006. A definição política definiu a forma de financiamento, com reflexos sobre a organização dos serviços, influenciando as formas de acesso a medicamentos. A influência política, como um fator capacitante, está envolvida na determinação do comportamento e dos resultados em saúde.

Os recursos financeiros são um fator importante para o uso, pois permitem organizar os serviços e disponibilizar medicamentos. Incluir os serviços farmacêuticos nessa organização é um desafio da gestão da assistência farmacêutica.



É a disponibilidade de recursos, que, no caso do SUS, é suportada por toda a sociedade por meio dos tributos, que permitem ao governo sustentar os serviços. A quantidade de recursos faz diferença para a qualidade.

Figura 9 - O financiamento e a organização do serviço.



Link

Em 2013, o Movimento Saúde +10 articulou a mobilização da sociedade em busca de viabilizar o incremento de recursos aportados para o SUS. Você já aderiu à campanha? Essa pode ser uma boa forma de exercer a cidadania em defesa do SUS.

Você encontrará mais informações na página do Movimento: <<http://www.saudemaisdez.org.br/>>

No vídeo “Itinerários terapêuticos”, mesmo com a disponibilidade de um serviço (farmácia), a falta de meios ou conhecimento para obtê-lo (não portar o laudo médico) inviabilizou a dispensação dos medicamentos. Se a sociedade for bem sucedida em garantir que o estado aporte mais recursos para sustentar os serviços de saúde, mais e melhores serviços poderão ser prestados. Isso pode não ser suficiente para garantir o acesso e os resultados pretendidos.

As necessidades contextuais envolvem características ambientais e sua relação com os índices de saúde da população. As características de necessidade ambiental relacionam-se ao ambiente físico, incluindo condições de moradia, qualidade da água e do ar. Essas características influenciam a morbidade e, conseqüentemente, a necessidade por medicamentos.

Características individuais

As características individuais revelam atributos particulares que levam um indivíduo a usar serviços de saúde ou medicamentos. Entre as características predisponentes, fatores demográficos, como idade e gênero, representam imperativos biológicos com implicações sociais e relacionam-se com a probabilidade de as pessoas necessitarem de serviços de saúde. O papel do indivíduo na comunidade em que vive também afeta sua capacidade de obter cuidado (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

As crenças são identificadas como atitudes, valores e conhecimentos que as pessoas têm sobre saúde e serviços de cuidados, que podem influenciar sua percepção de necessidade e o uso de serviços (ANDERSEN, 1995).

A capacidade de pagamento e a cobertura garantida de cuidados em saúde são fatores capacitantes individuais. Embora o Estado brasileiro seja responsável pela garantia do direito constitucional à saúde, na prática, muitas pessoas precisam custear consultas médicas e a aquisição de medicamentos.

A necessidade percebida é um fenômeno social e implica a significação da doença (biológica) no contexto. Estrutura social e crenças ajudam a explicar como percebemos uma necessidade em saúde (ANDERSEN, 1995).



Figura 10 - Modelo de utilização de serviços de saúde – características individuais.
Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

A necessidade avaliada nos ajuda a entender o tipo de serviço ou tratamento provido aos usuários. Longe de ser estritamente técnica, a provisão de cuidados de saúde apresenta um componente sociocultural, destacando-se a dimensão política.

A Tabela 2 exemplifica mudanças de critério diagnóstico que alteraram a avaliação da necessidade por cuidado de pessoas com diabetes. Perceba, no trecho marcado, que a OMS considerava um determinado nível de “glicemia de jejum” como normal, em 1985, e que, em 1999, o mesmo nível já era classificado como diabetes. Essas mudanças ocorrem pela evolução dos meios diagnósticos, atualização do conhecimento epidemiológico, alterações de consensos profissionais, ou fatores como crenças, interesses políticos e econômicos.

Tabela 2 - Número de pessoas e percentuais (%) do total por glicemia de jejum e glicose de 2h, nos grupos diagnósticos da ADA-1997 e WHO-1985 e 1999, em 987 adultos, em Astúrias (Espanha).

GLICEMIA EM JEJUM		GLICOSE 2H (MMOL/L)			TOTAL
		<7,8	7,8-11,0	≥11,1	
6,1-6,9	n (%)	44 (4,4)	38 (3,8)	20 (2)	102 (10,3)
	WHO - 1985	Normal	TGD	Diabetes	ADA = GJA
	WHO - 1999	GJA	GJA + TGD	Diabetes	
7,0-7,7	n (%)	5 (0,5)	11 (1,1)	15 (1,5)	
	WHO - 1985	Normal	TGD	Diabetes	
	WHO - 1999	Diabetes	Diabetes	Diabetes	40 (4)

Os dados estão em n (%). WHO - 1985, Diagnostic criteria of the WHO (1985); WHO - 1999, diagnostic criteria of the WHO (1999); ADA - 1997, criteria of the ADA (1997) baseados, exclusivamente, em glicose em jejum. GJA: Glicose em jejum alterada; TGD: tolerância à glicose diminuída.

Fonte: fragmento de uma tabela presente em Botas *et al.* (2003).

As necessidades em saúde podem ser compreendidas como um **meio** para se alcançar um **propósito** que é valorizado/desejado por pacientes ou profissionais de saúde.

Por exemplo, para uma pessoa com asma, que tem crises frequentes, o medicamento budesonida é indicado, pois considera-se, “tecnicamente”, que esse seja o **meio** mais adequado para se alcançar a redução da frequência das crises, que é o **propósito** desejado. Considerando a dinâmica do processo de cuidado, o paciente, ao receber uma prescrição da budesonida e ao usar o medicamento, percebe que o número de crises diminui, e passa a valorizar esse medicamento para seu problema de asma (**necessidade percebida**); o médico avalia que os resultados obtidos com o recurso foram satisfatórios e tende a repetir a ação (**necessidade avaliada**); o sistema de saúde, baseado na opinião dos profissionais de saúde e

na satisfação de pacientes e familiares, faz da disponibilização desse medicamento uma estratégia da política de atenção à saúde.

As necessidades em saúde estão conectadas às nossas ações como profissionais de saúde e ao comportamento dos pacientes e das comunidades.

Entretanto, a definição de um medicamento como necessidade envolve um **juízo de valor** por parte do profissional. Ou seja, quando um médico define que um paciente com gastrite deve usar pantoprazol e não omeprazol, essa decisão é fundamentada não apenas por critérios **técnicos**, mas também por **crenças** e **outras influências** incidentes sobre a atuação profissional do médico.

Não devemos considerar que a necessidade em saúde é uma característica da pessoa. A necessidade é um meio para se alcançar um resultado em saúde valioso; e quem define a necessidade está sob múltiplas influências. Podemos dizer que, quando falamos de necessidade, falamos de preferências.

A **necessidade expressa** é definida pela demanda de serviços pelas pessoas. A **demand**a é uma necessidade social expressa, correspondente à **necessidade percebida** transformada em ação (BRADSHAW, 1972). Demanda por serviços de saúde corresponde à relação entre o desejo por um bem e serviço, percebidos como necessidade, e a capacidade financeira para adquiri-los. A demanda é influenciada pelos níveis cultural, educacional e social dos indivíduos e comunidades (FELDSTEIN, 2012). Trata-se de uma questão econômica de alocar **recursos escassos** entre alternativas de bens e serviços disponíveis.

O comportamento em saúde

As características da população influenciam o comportamento em saúde. O uso dos serviços é fruto da combinação de fatores sociais e individuais (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

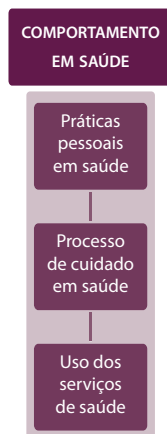


Figura 11 - Modelo de utilização de serviços de saúde – Comportamento em saúde.

Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

As respostas individuais (biologia humana e comportamento) interagem com a doença, influenciadas pelo patrimônio genético do indivíduo, o ambiente físico e o ambiente social (LALONDE, 1974; EVANS; STODDART, 1990).

Outras faces das práticas pessoais em saúde, o autocuidado (auto-medicação no caso da assistência farmacêutica) e a adesão ao tratamento são influenciados pelas crenças do usuário (representações pessoais da doença) e interagem com o sistema formal de cuidado, apresentando certa complexidade.

O uso de serviços de saúde e de medicamentos é um comportamento multideterminado. O farmacêutico, ao atuar sobre esses comportamentos, precisa considerar as influências reais, de forma a construir um serviço relevante aos usuários e para o sistema de saúde.

Analise a Tabela 3, a seguir, e reflita sobre os fatores que levam as pessoas a escolherem um tipo de serviço de saúde.

Tabela 3 - Distribuição das pessoas, segundo motivo da procura e tipo de serviço de saúde procurado, segundo sexo e região urbana e rural.

MOTIVO DA PROCURA	URBANA**		RURAL**		TOTAL**	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
Exames de rotina ou prevenção	29,5	40,8	22,5	36,7	28,4	40,3
Doença	34,8	32,1	44,4	41,3	36,3	33,4
Vacinação	3,4	2,0	5,9	4,3	3,7	2,3

* Excluindo motivos de procura de serviço de saúde relacionados a parto e pré-natal (4,9% das mulheres na região urbana e 5,6% na região rural). ** p<0,01
Fonte: Pinheiro *et al.*, 2002.

Resultados em saúde

O estado de saúde percebido do usuário é influenciado por muitos dos fatores que discutimos anteriormente. Já o estado de saúde avaliado decorre do julgamento de um profissional de saúde. Um terceiro desfecho considerado é a satisfação do usuário. Analise o gráfico seguinte, em que se demonstra, na avaliação da qualidade dos serviços pelos usuários do SUS, que a distribuição de medicamentos ocupa o segundo lugar na satisfação do usuário.

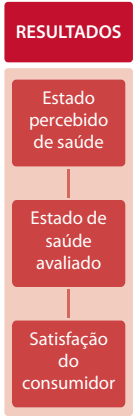


Figura 12 - Modelo de utilização de serviços de saúde – Resultados.
Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

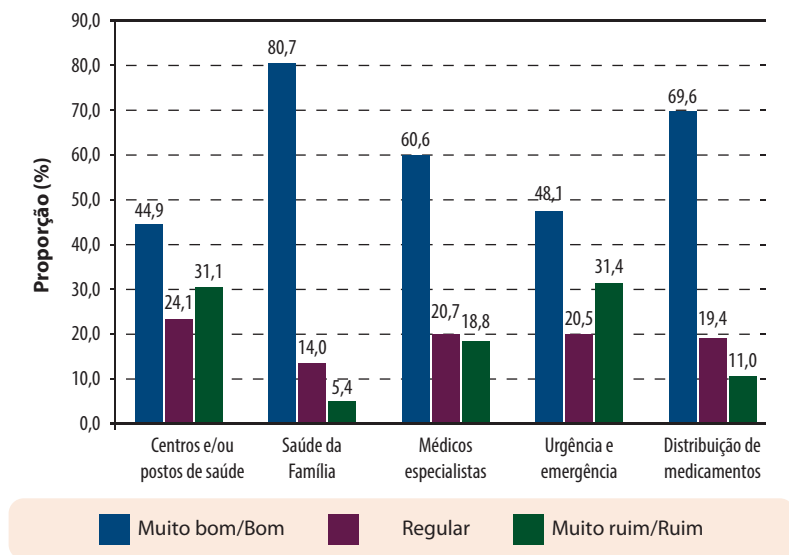


Gráfico 1 - Proporção (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo SUS, segundo utilização e tipo de serviço pesquisado.

Fonte: BRASIL, 2011.

Então, como delimitar o conceito de acesso?

O modelo de uso dos serviços de saúde nos ajuda a compreender, delimitar e diferenciar as dimensões que importam ao acesso. Os componentes do acesso podem ser sumarizados, como no esquema a seguir, a partir do que estudamos sobre o uso dos serviços de saúde.

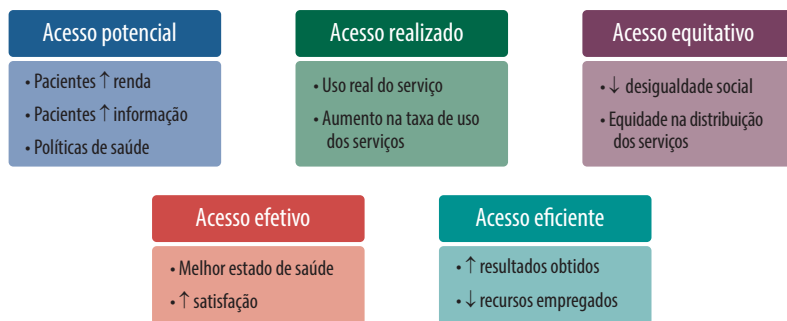


Figura 13 - Componentes de acesso.

Bermudez e colaboradores (1999, p.13), citados por Oliveira e colaboradores (2002, p.1432), definem acesso a medicamentos como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento

e no lugar requerido pelo usuário (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

A partir das definições apresentadas na lição 1 e da discussão do modelo de Andersen sobre acesso a serviços de saúde, como poderíamos definir acesso a medicamentos?

Soares (2013) realizou uma extensa revisão sobre os sentidos da expressão acesso a medicamentos, presentes na literatura, e concluiu que há uma variação muito grande naquilo que se compreende como acesso a medicamentos.

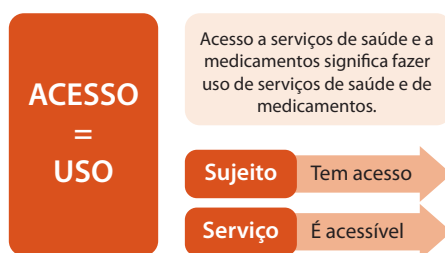


Figura 14 – Acesso como sinônimo de uso de serviços de saúde ou de medicamentos.

Analisando as obras de autores clássicos sobre acesso a serviços de saúde e acesso a medicamentos, o autor conclui que a **acessibilidade dos serviços** aos usuários corresponde às características estruturais dos serviços, e o **acesso dos usuários** aos serviços é definido em termos das características comportamentais individuais no uso dos serviços. Assim, quando analisamos o **modelo de Andersen**, estamos discutindo fatores e relações que modulam o **acesso a medicamentos**.

Ao discutir ou atuar em serviços cujo propósito é garantir o acesso a medicamentos, lembre-se de que:

- o acesso só existe quando o paciente realmente usa um serviço de saúde ou um medicamento;
- o acesso é um fenômeno complexo, que é influenciado por diversas características e fatores, como representado no modelo de Andersen;
- embora a organização dos serviços possa garantir a disponibilidade de medicamentos, ou que eles estejam disponíveis em uma unidade de saúde mais próxima do paciente, ou ainda, que estejam disponíveis gratuitamente ou a baixo custo, isso pode não ser suficiente para atingir os resultados pretendidos.

Falando em gestão

E você, colega farmacêutico, está conseguindo se ver nesse contexto? Quando nos colocamos em uma determinada situação como sujeito e não como objeto, como pessoa comprometida com o “fazer” dos serviços de saúde, estamos raciocinando como gestor. Por isso, afirmamos, desde o início, que gestão é o como conduzimos nosso trabalho para obtermos os resultados que desejamos. Podemos dizer que esta unidade trata da “essência” de nossa prática; do acesso ao insumo mais visível de nosso cotidiano como farmacêuticos. Você é/está convidado a refletir sobre a necessidade de focar sua atenção no usuário, nas pessoas em primeiro lugar. Ao olhar um papel, um formulário, uma planilha, lembrar sempre que por trás deles existe uma “pessoa doente” ou alguém com alguma necessidade de atenção, ou seja, uma pessoa portadora de direitos. Lembrar que o medicamento é muito mais do que o nome de um princípio ativo ou uma caixa/mercadoria, a qual é preciso “dar baixa” na planilha eletrônica de controle de saída e entrada. Ele é uma substância que vai produzir um determinado efeito no organismo de uma pessoa. E, como tal, ele precisa ter qualidade e estar disponível nos serviços para que o usuário tenha acesso e possa se utilizar da terapia prescrita, de forma segura. Pensar em todos esses aspectos, ao exercer suas funções de farmacêutico, é ser um gestor da assistência farmacêutica comprometido e eficiente.



Ambiente Virtual

Antes de terminar, devemos, ainda, fazer uma diferenciação importante: o uso de medicamentos que foi aqui apontado como sinônimo de acesso a medicamentos não pode ser confundido com o Uso Racional de Medicamentos. Preparamos uma reflexão a respeito, na forma de um vídeo. Sugerimos que você assista a ele agora. O vídeo está disponível na Biblioteca.

Podemos concluir com uma afirmação importante sobre o papel da gestão farmacêutica.

A gestão da assistência farmacêutica tem o desafio de garantir acesso a medicamentos e de construir serviços farmacêuticos que atendam às necessidades em saúde das pessoas no SUS.

Análise Crítica

Vimos que “saúde” é um conceito complexo e varia conforme o tempo, o contexto, os sujeitos e a sociedade, e que nossa compreensão do processo saúde-doença-cuidado influencia as escolhas que fazemos ao planejar e ofertar atenção à saúde. Nesta unidade, também foi salientada a importância de se conhecer as origens históricas dos conceitos, das práticas e instituições. Princípios enraizados entre os atores e nas instituições são frequentemente “invisíveis”, embora influenciem as definições técnicas e políticas.

O papel do medicamento, a abordagem sobre o acesso e o fazer do farmacêutico podem ser muito distintos no contexto social, de acordo com os princípios prevalecentes. Na construção de um serviço farmacêutico, precisamos ser coerentes com os princípios consagrados na constituição e que deram origem ao SUS, tendo como compromisso os resultados que contribuam para o bem-estar da população.

Referências:

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behaviour.**, v. 36, p. 1-10, mar. 1995.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. **Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States.** The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 1-28 2005. Reprinted in The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, 2005 (p.1-28).

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. **Changing the U. S. health care system:** key issues in health services policy and management. 3rd ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.

BOTAS, P.; DELGADO, E.; CASTAÑO, G. Comparison of the diagnostic criteria for diabetes mellitus, WHO-1985, ADA-1997 and WHO-1999 in the adult population of Asturias (Spain). **Diabetic Medicine**, v. 20, p. 904-908, 2003.

BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care: Essays on Current Research. G. McLachlan. London: Oxford University Press, 1972.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. **Sistema de Indicadores de Percepção Social.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA. Saúde. 2011.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência:** uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física.** – v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 47-66.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing Health, Consuming HealthCare. **Soc. Sci. Med.**, v. 31, n. 12, p. 1347-63, 1990.

FELDSTEIN, P. J. The Demand for Medical Care. In: FELDSTEIN, P. J. Health Care Economics. New York: Delmar Cengage Learning, 2012.

FLEITH, V. D.; FIGUEIREDO, M. A.; FIGUEIREDO, K. F. L. R. O.; MOURA, E. C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup., p. 755-762, 2008.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HEGENBERG, L. **Doença**. Um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

KOOGAN, A.; HOUAISS, A. (Eds) **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado**. Rio de Janeiro: Delta, 1995.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M.(org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. p.181-200.

LUZ, M. T. Natural, Racional, Social. In: **Razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1429-39, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde**. Brasília, 1978.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, fev. 1981.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F; TRAVASSOS, C; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1994.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/ HUCITEC, 1999.

SANTOS, M. S. **Virchow**: medicina, ciência e sociedade no seu tempo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 156 p. Parcialmente disponível em: <books.google.com.br/books?id=RM9Jr6Mz5rUC&pg=PA39&lpg=PA39&dq=silésia+febre+tifóide+virchow&source=bl&ots=3-61jAKc8g&sig=zqDdr7kl6aCRPRKgMacZIRms9Ws&hl=pt-BR&ei=dR1UTYqQCc7TgQflnZCQCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q=sil%C3%A9sia%20febr>. Acesso em: 07 fev. 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos**: modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2, p. S190-S198, 2004.

UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Autores

Luciano Soares

Possui graduação em Farmácia (1997), mestrado em Farmácia (2001) e doutorado em Farmácia (2013), cursados na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. É professor das disciplinas de Saúde Pública e Assistência Farmacêutica da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Atualmente, é coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. É diretor do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina, da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica – ABEF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Atua como pesquisador na área de assistência farmacêutica e educação farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/9608391843793204>

Rosana Isabel dos Santos

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (1980), mestrado em Farmácia pela mesma Universidade (1989) e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC (2011). É professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC, desde 1994, onde atuou nas áreas de Farmacognosia e Estágio em Farmácia, até 2003. Participou da Coordenação e Tutoria do Curso Multidisciplinar em Saúde da Família, modalidades Especialização e Residência, nos anos de 2002 e 2003. Atuou como Gerente Técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, no período de 2003 a 2006. Atualmente, desenvolve trabalhos na área de Assistência Farmacêutica no Serviço Público de Saúde, atuando junto à Farmácia Escola UFSC/PMF e participando da coordenação do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9220372399276737>